



**Universidad**  
**Zaragoza**

## Trabajo Fin de Grado

Dependencia derivada de la Discapacidad: Evaluación  
de las Residencias y perfil de usuarios en Aragón.

Dependence derived from disability: Evaluation of  
residences and user profile in Aragon

Autora:

**Rebeca Murillo Pérez**

Director:

**Miguel Montañés Grado**

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Año 2019





## Índice de contenido

1. Introducción .....	1
2. Objetivos .....	2
3. Metodología .....	3
4. Fundamentación .....	5
4.1. Impactos sociales tanto en discapacidad como en dependencia .....	13
4.1.1. Impacto de género .....	13
5.1.2. Impacto psicológico .....	14
5.1.3. Impacto económico en la familia .....	15
5.1.4. Impacto psico-social .....	15
5. Recursos .....	16
5.1. Residencias.....	17
6. Marco normativo de referencia.....	20
7. Evaluación de los resultados. ....	22
7.1. Servicios de las Residencias .....	26
8. Conclusiones.....	29
9. Bibliografía.....	30

## Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Personas con discapacidad según sexo en España 2008 .....	8
Ilustración 2. Personas con discapacidad por grupos de edad España 2008 .....	8
Ilustración 3. Personas con dependencia en función del sexo y la edad Aragón 2008 .....	9
Ilustración 4. Porcentaje personas con dependencia en función de la edad y discapacidad. Aragón 2008 ...	10
Ilustración 5. Procedimiento de solicitud de dependencia de 2019 .....	11
Ilustración 6. Número de solicitudes, resoluciones y prestaciones en dependencia 2019 .....	12
Ilustración 7. Nº de personas que han recibido cada una de las prestaciones de dependencia 2019.....	17
Ilustración 8. Tipo de titularidad de los centros residenciales.....	18
Ilustración 9. Porcentaje de los y las residentes en función del grado.....	23
Ilustración 10. Número de residentes en función del sexo y grado de dependencia .....	25
Ilustración 11. Media de edad de los y las residentes en función del sexo y grado de dependencia .....	25

## Índice de Tablas

Tabla 1. Tipos de discapacidad .....	6
Tabla 2. Comparativa de clasificación entre 2006 y 2011.....	10
Tabla 3. Número de personas en cada residencia en función del grado de dependencia .....	23
Tabla 4. Número de hombres y mujeres en residencia .....	24

## RESUMEN

En el presente trabajo fin de grado se trata de una investigación en Aragón en torno a las personas con discapacidad y dependencia que se encuentran en instituciones residenciales. A su vez se intenta dar una evaluación entorno a los beneficios que estas personas obtienen dentro de éstas.

Es relevante tener en cuenta la situación en España y en Aragón. De esta manera se han podido comparar los datos entre ellas y en especial los datos de Aragón con los obtenidos a través de la investigación y trabajo de campo llevado a cabo para la elaboración del informe con la muestra representativa obtenida.

Palabras clave: Dependencia, Discapacidad, Multidiscapacidad, Recursos, Centros Residenciales.

## ABSTRACT

This final (degree) project is about people in care in Aragon who have disabilities or dependencies, and an evaluation is made regarding the benefits of these institutions.

The situation in both Spain and in Aragon is taken into account so that a comparison between them may be established. In particular, the report focuses on the comparison between (public) data about Aragon and samples which have been obtained from (first-hand) research and fieldwork.

Key Words: Dependency, Disability, Multi-disability, Resources, Residential Centers.

## 1. Introducción

El presente trabajo consta de una investigación sobre las personas que tienen reconocido al mismo tiempo la discapacidad y la dependencia. Ésta se centra en el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón. Se va a realizar un análisis y evaluación del perfil de las personas usuarias de residencias en el territorio así como una evaluación de los servicios que éstas ofrecen.

En primer lugar se plantea un objetivo general en relación a lo que se pretende estudiar. A su vez se plantean diferentes objetivos específicos para poder llegar al objetivo general de esta investigación.

En cuanto a la metodología utilizada, se divide en tres apartados, el primero de ellos consta de una revisión bibliográfica de todos aquellos puntos que son relevantes para la investigación y con los cuales se van a realizar alguno de los análisis posteriores. Además con esta revisión de fuentes secundarias se intenta dar un enfoque más centrado a los términos y conceptos clave para la comprensión de los datos analizados. El segundo punto se trata de la obtención de los datos cuantitativos para su posterior análisis, intentando obtener una cantidad que pueda ser representativa para la investigación. Como punto final se realiza un análisis de los datos y la información obtenida con los otros dos puntos.

La fundamentación es importante para poder crear una imagen global de la situación en la recisión de las fuentes secundarias así como para aclarar los conceptos necesarios y así favorecer una mejor comprensión del análisis final. En este sentido se trataran de aclarar conceptos como son la discapacidad, la dependencia, la multidiscapacidad o las residencias.

Una vez aclarados los conceptos previos se realiza un análisis en profundidad de los datos obtenidos de las residencias colaboradoras con el presente trabajo. Por otro lado, en este mismo apartado, se hace una revisión y evaluación de los servicios que se prestan en cada una de las residencias para poder comprobar si existe alguna carencia en ellas o por el contrario son todas similares.

Además de todo esto hay un apartado en el cual se exponen el marco legislativo referente y de interés para el presente trabajo y de donde se obtenido algo de la información expuesta durante el mismo.

Para finalizar se plantean las conclusiones a las que se han llegado tras la revisión y análisis de todos los datos y algunas recomendaciones personales para la mejora de la situación de estas personas y de sus familias.



## 2. Objetivos

Como objetivo general para la ejecución del presente Trabajo Fin de Grado se trata de REALIZAR UNA EVALUACIÓN DE LAS RESIDENCIAS PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA DERIVADA DE LA DISCAPACIDAD Y EL PERFIL DE LOS MISMOS. Para conseguir este objetivo se plantean diferentes objetivos específicos:

- Conocer la relación existente entre personas con discapacidad y dependencia, y el número de plazas residenciales existentes en Aragón para este tipo de personas.
- Conocer y comparar los datos de residentes obtenidos.
- Comparar y evaluar los servicios que se ofrecen en cada una de las residencias.

Además de todo esto se intentará resolver una hipótesis vinculada a este objetivo que se ha planteado con la realización de las prácticas externas. Ésta es:

- Todas las personas con Dependencia grado III derivada de la discapacidad presentan multidiscapacidad.

### 3. Metodología

Esta investigación es de tipo evaluativa mixta, si bien antes de evaluar los resultados obtenidos hay que hacer una aproximación a los conceptos de los que trata la misma, así como una investigación de los diferentes recursos existentes en la Comunidad Autónoma de Aragón, para posteriormente analizarlos conjuntamente y ver si existe la concordancia con lo planteado en la hipótesis planteada. Con la hipótesis objetivo planteada se eligió un diseño de análisis cualitativo. El primero se realizó a partir de análisis de fuentes secundarias, mientras que el segundo se llevó a cabo a través de las diferentes preguntas realizadas a las instituciones así como un análisis de las páginas web y memorias de las mismas. De esta manera poder comparar los servicios prestados por las entidades que realizan las actividades necesarias para la mantener una vida plena de las personas que están en ellas.

Siguiendo lo anterior se pueden distinguir las siguientes fases para la realización del presente trabajo:

Fase 1. Realización del marco analítico, fundamentación: Análisis de documentos y fuentes secundarias.

Fase 2. Recogida de datos cuantitativos.

Fase 3. Evaluación de los resultados obtenidos

#### **Fase 1. Realización del marco analítico: Análisis de documentos y fuentes secundarias.**

Para esta primera fase se realizan diferentes consultas de material bibliográfico en relación a la investigación para poder formar el marco analítico de referencia que permita una contextualización del tema del que se quiere investigar. Para su realización se llevó a cabo un análisis de documentos que llevarán a realizar el marco teórico de referencia para la presente investigación y fuentes secundarias que se usarán sobre todo para el posterior análisis de los datos obtenidos con el trabajo de campo. Esta documentación es procedentes tanto de páginas web como de libros, revistas y otros documentos tanto en papel como encontrados en la web. Por otro lado se realizaron consultas en diferentes páginas de organismos públicos y privados, como por ejemplo el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, el Instituto Nacional de Estadística<sup>1</sup>, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales<sup>2</sup> o el Instituto de Mayores y Servicios Sociales<sup>3</sup>.

Esta primera fase va a permitir obtener datos que “suponen un sustrato esencial sobre el que trabajar para los aspectos contextuales de la investigación” (Facal, 2015). De esta manera se realiza un mejor acercamiento al universo de la investigación así como recabar datos referentes al territorio donde se realiza la misma que sirve como base para el análisis más concreto y profundo de las fases siguientes.

#### **Fase 2: Recogida de datos cuantitativos.**

En esta fase se realiza una puesta en contacto con las diferentes entidades residenciales que se encuentran en la Comunidad Autónoma de Aragón para conocer el número de personas con discapacidad y dependencia que tienen cada una de ellas, además de contactar con el IASS para poder conseguir el número total de población afectada, así como con el Imserso con el mismo objetivo.

Se mandan correos, se realizan llamadas y se acude en persona a algunas de ellas para recabar la información necesaria. El marco de muestreo que es el “medio físico o digital que permite ubicar e

---

<sup>1</sup> A partir de ahora INE

<sup>2</sup> A partir de ahora IASS

<sup>3</sup> A partir de ahora Imserso

identificar las unidades que pertenecen a la población objeto de estudio en una investigación” (Flórez, 2012), consta de 48 residencias que se encuentran en la web del Gobierno de Aragón.

En este caso se les pide a las entidades que realicen una tabla o un documento Excel donde pongan para cada una de las personas que están en su residencia, la edad, el sexo, si tiene o no dependencia y el grado.

No se hace referencia a la discapacidad ya que las residencias elegidas se encuentran en los diferentes folletos de la página web del IASS y en el apartado de discapacidad. Sin embargo se aclara en el mismo la naturaleza de la investigación poniendo en valor la importancia de que existan las dos a la vez. En éstos aparecen las residencias que tienen concierto con el IASS.

Por otro lado, se realizará una revisión de los servicios ofrecidos por cada una de las residencias para poder evaluarlos posteriormente y poder comparar unas entidades con otras. En este punto se tendrá también en cuenta el número de personas objeto de estudio que se encuentran en ellas como un punto importante para consecución del objetivo planteado anteriormente.

### **Fase 3: Evaluación de los resultados obtenidos.**

Al tratarse de una investigación de tipo evaluativa mixta a la vez que interpretativa, la evaluación de los contenidos se realiza de diferentes maneras conjuntamente. Por un lado se realiza la relación existente entre las personas con dependencia derivada de una discapacidad con el número de plazas existentes en Aragón en todas las residencias.

Por otro lado se hace referencia al número de personas que residen en las mismas y la correlación con los diferentes grados de dependencia teniendo en cuenta que por el servicio de residencia corresponde por la Ley 39/2009 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia únicamente a las valoraciones con resultado de grado II o III. De esta manera poder evaluar el perfil de las personas usuarias del servicio de residencia así como la edad media de los mismos.

Por último se procederá a averiguar los servicios que ofrece cada una de las instituciones y valorar hasta qué punto son eficientes y suficientes para mantener una vida plena de los y las usuarios/as.

Con esta investigación a su vez se tratará de dar respuesta a la hipótesis planteada en el apartado anterior, hipótesis que se ha planteado por la experiencia adquirida durante las prácticas que, sin embargo, no se había contrastado con datos concretos, tal y como se va a intentar en la presente investigación.

## 4. Fundamentación

Antes de realizar cualquier tipo de evaluación o investigación es necesario tener muy claros los conceptos sobre los que va a versar. Es por esto que es de gran importancia aproximarse tanto al concepto de discapacidad como al de dependencia así como a realizar una relación entre ambos conceptos. De esta relación existente entre los dos conceptos se realizará el estudio.

En primer lugar se realiza una aproximación al concepto de discapacidad entendido como una realidad que dependiendo de la cultura y el periodo histórico es entendido y percibido de forma diferente. En el siglo XX, el modelo médico entiende el concepto como “un problema “personal” directamente causado por una enfermedad, trauma o estado de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual.” (CIDDM-2, 1999). Por otro lado también se considera en tanto que la persona con discapacidad no es capaz de realizar las actividades de la misma forma que la realiza una persona sin discapacidad y teniendo en cuenta que ambos tengan los mismos recursos.

Más tarde, en 2001, se introduce un enfoque bio-psico-social que contempla las dificultades de integración en la sociedad de las personas con discapacidad. Este nuevo enfoque viene dado por la definición del concepto por la Organización Mundial de la Salud estableció la cual engloba las deficiencias y limitaciones de poder realizar actividades de la vida diaria. En estos últimos años la evolución de la terminología ha sido importante, cambiando incluso la perspectiva social de estas personas.

A finales del siglo XX, se trata este concepto desde un enfoque basado en el modelo social, el cual deja la discapacidad como una cuestión meramente individual, sino que la dificultad se encuentra en la forma de organización de la sociedad, buscando maneras que faciliten las condiciones de vida, autonomía e igualdad en la sociedad, de las personas con discapacidad.

Actualmente y desde 2005, se plantea el concepto de "diversidad funcional", como término para sustituir al de "discapacidad". El Foro de Vida Independiente define este nuevo concepto “como una realidad en la que la persona se ajusta o funciona de forma diferente a la de la mayoría de la población” (Lidón, 2016). Un concepto más heterogéneo y amplio.

Para Palacios y Romañach (2006) este enfoque echa atrás al modelo médico. Considera esta diversidad como algo inherente a las personas. La *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (2006) se basa en el modelo social al que se ha hecho referencia, sin embargo, y teniendo en cuenta todos estos cambios en la terminología se puede decir que social no culturalmente hablando, no ha sido totalmente aceptado este concepto. Junto a esto las leyes más actuales en esta materia continúan con el concepto de discapacidad y es éste mismo el que se va a utilizar a lo largo de este trabajo.

En este sentido se realiza una tabla con los diferentes tipos de discapacidad existentes y una definición de cada uno de ellos:

**Tabla 1. Tipos de discapacidad**

TIPO DE DISCAPACIDAD/ DIFICULTAD		DEFINICIÓN
FÍSICA	<b>Motriz</b>	Alteraciones que afectan a la ejecución de movimientos (parcial o totalmente)
	<b>Orgánica</b>	Los órganos internos están dañados
AUDITIVA	<b>Hipoacusia</b>	Audición deficiente pero resulta funcional para la vida ordinal
	<b>Sordera profunda o cofosis</b>	Pérdida total de la audición que les va a permitir escasamente el aprendizaje de la lengua oral por vía auditiva
VISUAL	<b>Deficiencia Visual</b>	Limitación de la función visual, pero podría ver con alguna corrección o distinguir objetos a corta distancia
	<b>Total/ Ceguera</b>	No poseer ningún resto visual o tener una ligera percepción de luz
<b>PSÍQUICA</b>		Alteraciones en los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo
<b>DIFICULTADES ESPECÍFICAS EN LECTURA Y/O ESCRITURA</b>		Trastornos que se manifiestan como dificultades significativas en la adquisición y uso de la Lectura y la Escritura
<b>TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD</b>		Trastorno debido a un retraso en el desarrollo neuropsicológico que provoca distinciones en los mecanismos de control ejecutivo e inhibido del comportamiento
<b>SÍNDROME DE ASPERGER</b>		Limitación significativa en las relaciones sociales, comunicación, lenguaje, así como flexibilidad mental, empatía y anticipación
<b>SORDOCEGUERA</b>		Personas con un deterioro combinado de la vista y el oído que dificulta su acceso a la información, a la comunicación y a la movilidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de Red Sapdu 2017

Teniendo en cuenta los diferentes tipos de discapacidad el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, establece las bases para la evaluación y el reconocimiento del grado de discapacidad que se basa en las dificultades en la realización de las actividades básicas de la vida diaria<sup>4</sup>. Esta ley tiene como fin último en su objetivo que “la valoración y calificación del grado de discapacidad que afecte a la persona sea uniforme en todo el territorio del Estado, garantizando con ello la igualdad de condiciones para el acceso del ciudadano a los beneficios, derechos económicos y servicios que los organismos públicos otorguen.”(Artículo 1)

El baremo a aplicar se divide en dos partes, la parte de las dificultades físicas o sensoriales y la parte social la cual varía entre cero y quince puntos. Sin embargo para poder aplicar el baremo social es necesario la obtención de un 25 por 100 en el primer baremo. Según Jiménez (2018), en el Informe Olivenza, para el año 2016 la población total en España es de 46.527.039 personas de las cuales tienen reconocida la discapacidad 3.378.622, esto representa que el 7,3% de la población tiene reconocida la discapacidad con un 33% o más.

Por otro lado en Aragón contamos con una población total de 1.316.040 para el año 2016 según el mismo informe. De estos habitantes 129.299 tienen reconocida la discapacidad, esto representa el 9,8% de la población.

Un dato relevante para la investigación es el número de personas con discapacidad que se encuentran en la franja de edad entre los 16 y 64 años de edad. Este dato nos revela que en España esta población representa el 3,9% del total de población y en Aragón el 3,4%.

Estos datos revelan que exististe una similitud en las proporciones entre el total de la población y las personas con discapacidad reconocida, en las edades comprendidas entre los 16 y 64 años, tanto a nivel estatal como a nivel de Aragón. Sin embargo la diferencia en la población total con discapacidad entre los dos es del 2,5%, una diferencia que resulta significativa.

En datos del IASS, obtenidos vía e-mail, de enero de 2012 a enero de 2019 el número de personas que ha solicitado la valoración de la discapacidad es de 44.592, se han valorado 50.536, una cifra notablemente superior a la de solicitudes. Sin embargo únicamente se han reconocidas con discapacidad, es decir más de un 33%, a 36.308. Esto supone que aproximadamente 14.000 personas han recibido una valoración por debajo del 33%.

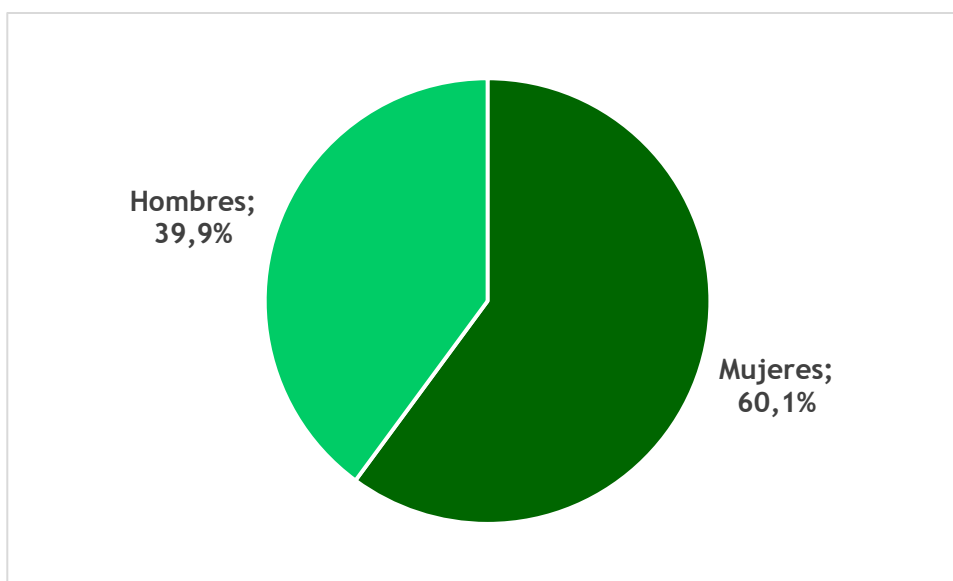
Una vez revisados los conceptos, los tipos y los datos relevantes en discapacidad, hay que tener en cuenta el concepto de multidiscapacidad, entendido como la asociación de dos o más deficiencias que se dan al mismo tiempo y que afectan a todos los ámbitos de la vida diaria. La distinción de esto radica en el grado de dependencia que otorga la o las deficiencias del usuario. Este concepto es importante ya que se intentará recabar la información necesaria para poder verificar o refutar la hipótesis planteada al principio del presente trabajo.

Estos datos se van a desglosar por sexo y por grupos de edad y a comparar los datos de Aragón con los de España. Esta comparación es positiva dado que se tratan todo de datos del 2008. La actualización de las fuentes tan lenta dificulta su comparación con datos más recientes como los mencionados anteriormente.

---

<sup>4</sup> A partir de ahora ADV

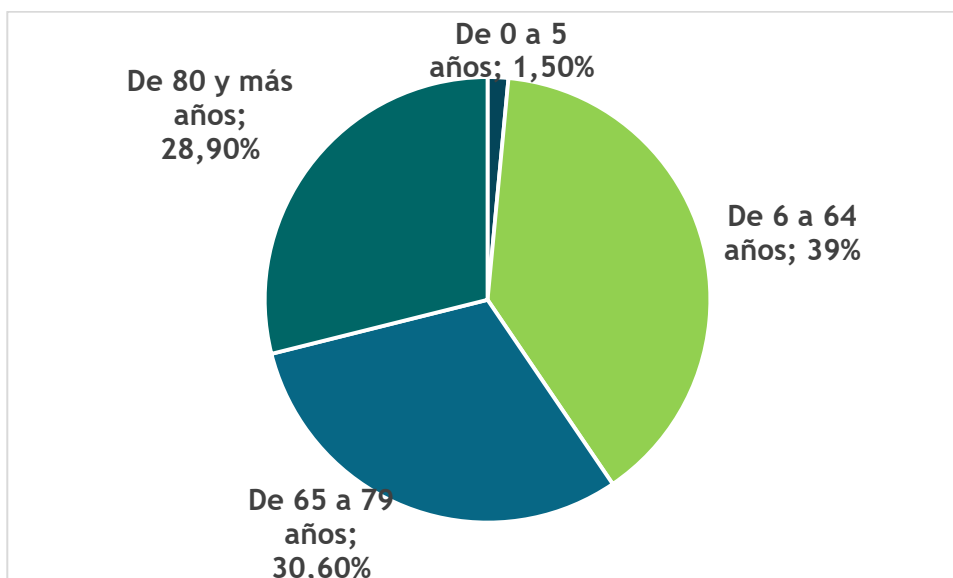
**Ilustración 1. Personas con discapacidad según sexo en España 2008**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Jiménez 2018 (tablas 14 y 15).

Como se puede observar en la gráfica y con las cifras que tiene el INE en Jiménez (2018), el 60% son mujeres, esto quiere decir, la discapacidad afecta más a mujeres que a hombres en España. Si nos centramos en Aragón nos da una cifra similar. El 63% de la población con discapacidad son mujeres.

**Ilustración 2. Personas con discapacidad por grupos de edad España 2008**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Jiménez 2018 (tablas 14 y 15).

Si hacemos referencia a las personas con discapacidad en función de la franja de edad en España, se puede observar como más del 50% de la población tienen 65 o más años. Es en esa franja de edad donde se encontraría la media de edad para todas las personas con discapacidad. En el caso de Aragón los porcentajes son muy similares, al igual que ocurre en el caso de la distribución en función del sexo.

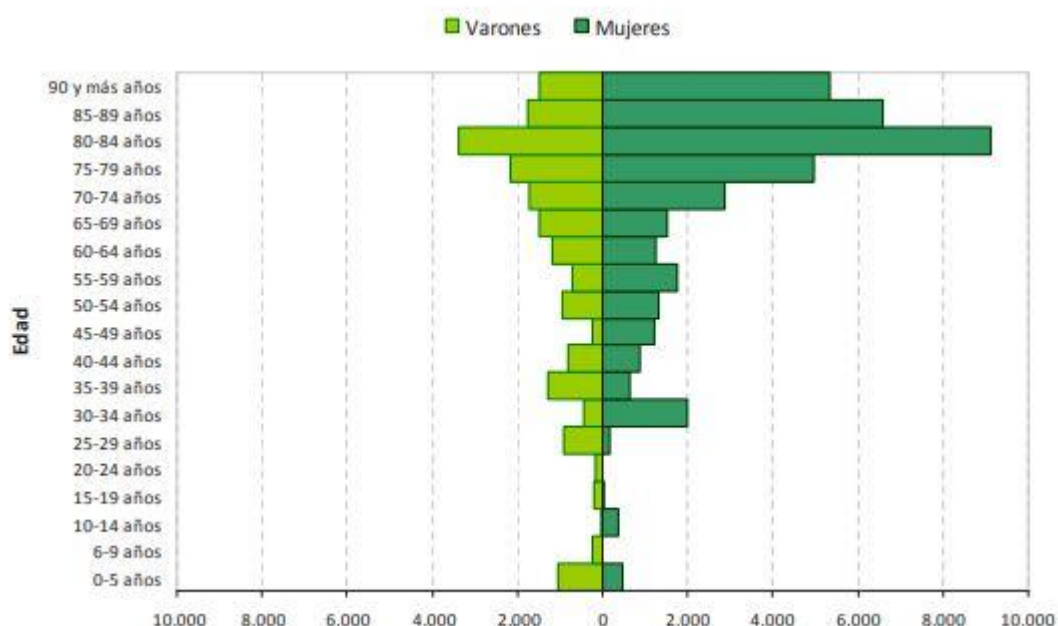
Una vez clarificado el concepto de discapacidad y teniendo en cuenta el de multidiscapacidad es necesario abordar el concepto de dependencia que hace referencia al estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad,

y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Otra definición es la dada por la Asociación Americana de retraso mental, que entiende la dependencia como "la necesidad de apoyos que precisa un individuo en el desenvolvimiento corriente en las diversas áreas de habilidades adaptativas" (Querejeta, 2012).

En Aragón en datos de Esparza (2011) existen 62.738 personas en situación de dependencia.

### Ilustración 3. Personas con dependencia en función del sexo y la edad Aragón 2008



Fuente: Esparza 2011

Como puede observarse al igual que en discapacidad el número de mujeres es superior al de hombres siendo de un 66,6% (Esparza, 20011). Además, y también al igual que ocurre en discapacidad, la franja de edad predominante se encuentra en los mayores de 65 años, representando estos un 68,8% del total de población con dependencia.

Aunque ya era tenido en cuenta este concepto no es hasta la aparición de la Ley 39/2015, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, donde se empieza a regular de manera estatal. Esta Ley establece tres grados y dos niveles para cada uno de ellos. Sin embargo esta clasificación se ve modificada por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia.

La siguiente tabla representa tanto la clasificación de la Ley de 39/2006 como su modificación en el Real Decreto 174/2011 de baremo de valoración de la situación de dependencia:



Tabla 2. Comparativa de clasificación entre 2006 y 2011

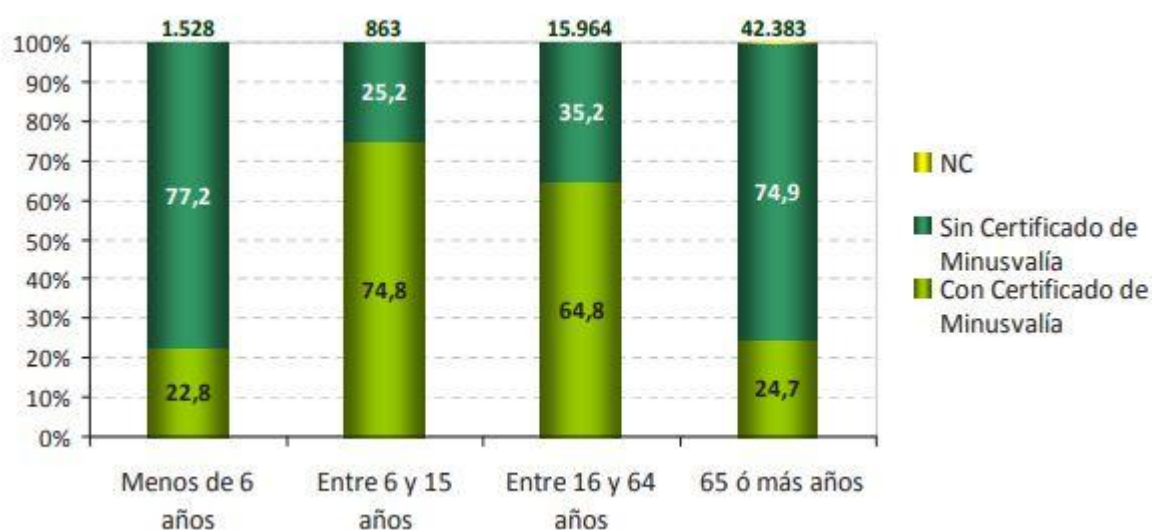
Clasificación 2006		Clasificación 2011
<b>Grado I</b>	Nivel I	<b>Grado I.</b> La persona necesita de una tercera para varias ADV, una vez al día o necesidad de apoyo intermitente.
	Nivel II	
<b>Grado II</b>	Nivel I	<b>Grado II.</b> La persona necesita ayuda de una tercera para varias ADV dos o tres veces al día, sin necesidad de apoyo permanente.
	Nivel II	
<b>Grado III</b>	Nivel I	<b>Grado III.</b> La persona necesita de una tercera para varias ADV, bastantes veces al día y necesidad de apoyo permanente y continuo.
	Nivel II	

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta la discapacidad en Esparza (2011) basados en datos de 2008 aparecen 60.738 personas que además se encuentran en situación de dependencia, esta cifra ha ido aumentando, sin embargo no se han encontrado datos más actualizados que representen esto. Basados en el mismo texto con datos del 2008 en Aragón existen 62.738 personas en situación de dependencia. Las personas con discapacidad y dependencia, antes mencionadas, representan el 96'8% del total de población con dependencia. En este caso existe una correlación muy fuerte entre estos dos datos, es decir, se puede afirmar que las personas valoradas con dependencia tienen discapacidad.

Siguiendo con Esparza (2011), el número total de personas con discapacidad es de 113.108 personas. En este caso las personas con discapacidad y dependencia representan el 53,7% del total de la población con discapacidad. Basado en estos datos se puede afirmar que no existe una correlación entre los mismo ya que el porcentaje no llega al 70-80% que sería necesario para establecerla.

**Ilustración 4. Porcentaje personas con dependencia en función de la edad y discapacidad. Aragón 2008**



Fuente: Esparza 2011

A pesar de lo que se ha mencionado sobre dependencia y discapacidad por separado, cuando se unen estos dos factores la franja de edad con mayor número de personas esta entre los 6 a los 64 años. Edad por debajo de lo expuesto anteriormente, lo que resulta curioso. Este dato nos da como resultado que la combinación de ambas situaciones reduce la edad considerablemente.

Una nueva modificación que resulta interesante mencionar es el proceso de valoración de la dependencia. Desde la aparición de la Ley 39/2006, el procedimiento era el siguiente:

1. Presentación de documentación requerida para la solicitud de valoración de dependencia.
2. Valoración de la persona por parte de expertos en el tema.
3. Resolución del grado de dependencia.
4. Solicitud del Programa Individual de Atención.<sup>5</sup>
5. Concesión de del PIA con los servicios y/o prestaciones a las que tiene derecho y las cuales le han sido asignadas.

Sin embargo en el territorio Aragonés con la ORDEN CDS/456/2019, de 17 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia de las personas y el acceso a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Aragón, se intenta agilizar este procedimiento. La siguiente imagen muestra de manera muy precisa este nuevo procedimiento.

#### Ilustración 5. Procedimiento de solicitud de dependencia de 2019

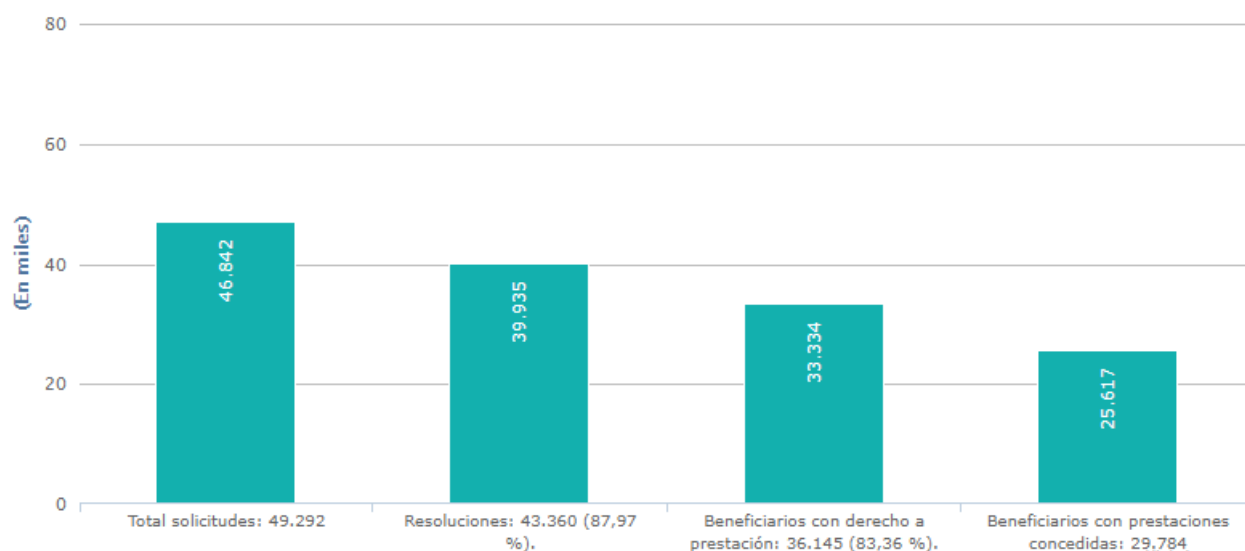


<sup>5</sup> A partir de ahora PIA.

Fuente: Tríptico del Gobierno de Aragón.

Como se puede observar en la imagen el procedimiento en Aragón cambia y pasa a realizarse la valoración tanto de la dependencia y grado como del PIA otorgando el servicio y/o prestación que le corresponde. Así pues, en el momento de recibir el documento donde se acredita si se le concede la dependencia y el grado se dará también la resolución del PIA, evitando el trámite del mismo posteriormente a la acreditación de la dependencia. De esta manera se intenta reducir el tiempo de resolución de los casos y evitar que existan listas de espera tan largas.

#### Ilustración 6. Número de solicitudes, resoluciones y prestaciones en dependencia 2019



Fuente: Fundación Caser. Extraídos del Imserso

En esta gráfica se muestra el número de solicitudes de dependencia, el número de resoluciones y los beneficiarios de prestaciones para el año 2019. En los años anteriores desde el año 2014, que se muestra en la página web de Fundación Caser, estos números han ido subiendo en las cuatro variables que aparecen en la gráfica. Esto quiere decir que sigue existiendo retraso de año en año, y se acumulan las solicitudes, aunque el tiempo estimado para la resolución sea de seis meses. Tal y como se puede observar entre el número de personas que tienen derecho a prestación y aquellas que ya la tienen concedida, el número disminuye en casi 10.000 personas. Cabe destacar que el número de resoluciones que aparecen en la gráfica corresponde tanto a los dictámenes positivos como negativos. Esto se refleja en el número de beneficiarios de prestaciones, es decir, aquellos que han obtenido un dictamen positivo en algunos de los tres grados de dependencia. Esto revela que el gasto en este tipo de servicios no es suficiente, tanto a nivel presupuestario como a nivel de personal para la realización de la valoración.

Además de todo lo mencionado anteriormente sobre discapacidad y la dependencia, durante las prácticas he aprendido diferentes patologías que pueden llevar a ambas conjuntamente. Algunas de estas son:

**Esclerosis Múltiple:** EM o enfermedad de las mil caras, ya que no a todas las personas les afecta de la misma manera. Se trata de una enfermedad autoinmune que afecta al sistema nervioso, cerebro y a la médula espinal. La mielina, sustancia que envuelve las neuronas, se ve deteriorada y presenta dificultades, por lo general, en los sistemas motor o sensorial, además de producir fatiga. Este tipo de enfermedad afecta más a mujeres que a hombres y suele aparecer entre los 20 y 40 años, sin conocer todavía una causa aparente que propicie de la misma.

**Esclerosis Lateral Amiotrófica:** también conocida como ELA, se trata de una enfermedad neurodegenerativa que afecta, al igual que la Esclerosis Múltiple, al cerebro y médula espinal afectando a que las neuronas realicen su trabajo y así poder controlar los movimientos voluntarios del cuerpo. A diferencia de la anterior, esta enfermedad aparece entre los 40 y 60 años y es más común entre los hombres. No se conoce la causa de la aparición de la misma.

**Síndrome de la mielina evanescente:** enfermedad genética en la que se produce desmielinización espontánea más la desencadenada por infecciones y enfermedades metabólicas. Es genética y sólo se da en los hombres. En las prácticas externas realizadas, en una misma familia de 4 hermanos, dos mujeres y dos hombres, se ha dado este raro síndrome en los dos varones, mientras que en las mujeres no ha surtido ningún síntoma de la enfermedad.

**Corea de Huntington:** Corea hace referencia al “término usado para un grupo de trastornos neurológicos denominados disquinesia, caracterizados por movimientos involuntarios anormales<sup>1</sup> de los pies y manos, vagamente comparables a bailar o tocar el piano. Se presenta por contracciones irregulares que no son repetitivas ni rítmicas, pero parecen fluir de un músculo al siguiente.” (Wikipedia, s.f.). Se trata también de una enfermedad neurodegenerativa y que tiene un origen genético. Este tipo de enfermedad se encuentra en el cuerpo de la persona desde su nacimiento, sin embargo sus síntomas empiezan a aparecer entre los 30 y 50 años. Esta enfermedad afecta tanto al sistema motor como a los psiquiátricos o cognitivos. Una de las características más comunes de esta enfermedad es la boca en forma de U invertida y los movimientos espasmódicos involuntarios repetitivos.

**Parálisis cerebral:** No existe sólo uno, sino que hay varios y afectan al cerebro y al sistema nervioso. Esta enfermedad se da por lesiones o anomalías en el cerebro durante el crecimiento del bebé en el útero, aunque los primeros síntomas aparecen en los 2 primeros años de vida. Ésta afecta al movimiento, visión, audición, aprendizaje o pensamiento.

**Accidentes Cerebrovasculares:** El más común de estos accidentes es el Infarto Agudo de Miocardio o IAM. Se produce cuando el flujo de sangre al cerebro se detiene por varios segundos evitando que llegue oxígeno al mismo dando como resultado daños permanentes. Estos daños difieren en tanto que parte del cerebro se vea afectada.

## 4.1. Impactos sociales tanto en discapacidad como en dependencia

### 4.1.1. Impacto de género

Al hablar de impacto de género éste se centra más relación a los cuidadores, entendido como “la persona que asume la responsabilidad total o parcial de la atención y el apoyo a un enfermo/a en situación de dependencia, dedicando a ello gran parte de su tiempo y esfuerzo y con las que tiene vínculos familiares” (Arce, 2015), tanto en dependencia como en discapacidad. En este caso se unen los dos factores, es decir, se trata de los cuidadores y las cuidadoras de personas con discapacidad y que se encuentran en situación de dependencia.

En la mayoría de los casos en los que existe una persona cuidadora, ésta es mujer, ya sean familiares como cuidadores no profesionales o cuidadores profesionales.

“existe una mayor carga emocional percibida entre el sexo femenino en general, las mujeres cónyuges, y las hijas, frente a sus semejantes varones” (Pírez, 2012)

En este caso hablamos más de familiares de edades mayores u homónimos, es decir, el peso recae en las madres, hermanas, tías o primas, ya que se trata, por lo general de personas jóvenes.

Este impacto se explica con la evolución histórica de los cuidados donde la mujer tiene un papel predominante.

“El trabajo de cuidado informal ha sido y es desarrollado fundamentalmente por mujeres, y se ha demostrado que las personas dependientes con redes sociales en las que predominan mujeres reciben más cuidado que aquellas con redes predominantemente masculinas. Las mujeres dedican más tiempo y se ocupan de actividades más complejas y de la coordinación general del apoyo” (García, 2009)

Aunque se ha ido evolucionando en los cuidados queda reflejado que el porcentaje de personas cuidadoras mujeres es mucho mayor que el de personas cuidadoras hombres. Es por ello que se habla de que existe un impacto de género en los cuidados.

El informe de la Fundación Adecco recalca que el perfil de las personas cuidadoras es, en datos del INE, “mujer, en un 86,3%, y mayor de 45 años” (Fominaya, 2018). Estos datos corroboran lo mencionado, la mayoría de las personas cuidadoras son mujeres, algo que viene ligado a los cuidados que han recaído en el papel de la mujer a lo largo de la historia.

Además, y más en concreto en los servicios residenciales encontramos la existencia de una mayoría de mujeres en los cargos de cuidado profesional de los y las usuarios/as, prácticamente en un 80% se trata de mujeres. Es por ello que podemos hablar de que el impacto de género no solo se da en los cuidadores no profesionales, sino que también se da en los cuidadores profesionales, concretamente en las residencias.

### 5.1.2. Impacto psicológico

El impacto psicológico para las personas cuidadores se ve reflejado en el desgaste tanto físico como emocional y de salud. Este desgaste se denomina síndrome de Burnout o síndrome de quemarse con el trabajo como respuesta al estrés crónico. Está implicado en los trabajos más humanos y sobre todo vinculados a los profesionales en esta materia. También los cuidadores informales lo sufren aunque no tengan una retribución económica por los cuidados que realizan.

“- No existe un horario fijo ni estipulado que marque la atención que recibe la persona en situación de dependencia.” (Sarasola, 2014: 25)

Esta carga de las cuidadoras (en femenino ya que la mayoría de las personas cuidadoras son mujeres) con frecuencia puede crear un malestar emocional en los mismos. Para poder prevenir este desgaste es importante que no se desvinculen de su red social y de su entorno y tener un apoyo.

Es importante tener en cuenta que en muchas ocasiones no se puede compatibilizar la vida laboral y cuidar al familiar con discapacidad, sobre todo cuando se habla de hijos, ya que los padres sienten la necesidad de ser ellos los que tengan que cuidar de los mismos. Según el 7º informe de la fundación Adecco, “crece un 44% el número de profesionales que dejan de trabajar para cuidar a sus familiares con discapacidad” (Fominaya, 2018). Esta es alguna de las razones por la que puede aparecer el síndrome antes nombrado, que si bien está ligado a profesionales, en el caso de las personas cuidadoras no profesionales también se da.

En el caso de las instituciones residenciales este impacto es sumamente importante en las personas usuarias ya que dejan de estar en el entorno familiar cercano, su círculo de confianza. Es por ello que

resulta de gran importancia la creación de esta confianza dentro de la residencia y fomentado un clima familiar dando la pertenencia de las instalaciones a los y las residentes, además de ofrecer un espacio de ocio y tiempo libre adecuado a cada uno de los y las usuarios/as.

Además de todo esto es importante que se realicen actividades dentro de la misma que faciliten y la convivencia entre los y las residentes a la vez que se mantienen activados mental y físicamente.

#### 5.1.3. Impacto económico en la familia

En relación al impacto económico existe un debate abierto. Es cierto que el coste económico que tienen las personas con dependencia y sus familias es alto, si bien se barema que no sólo existe un coste directo sino que también hay un coste indirecto. A su vez “la dependencia se delega sin que exista ningún tipo de apoyo económico o material por quienes no participan en el cuidado y el coste es asumido por la persona en situación de dependencia, por los cuidadores o por ambos” (García, 2009)

Los costes que implica tanto la medicación como los recursos que se necesitan a la hora de la atención a las personas en situación de dependencia resultan insuficientes y configuran un gran gasto económico para poder atender a las necesidades de las personas con discapacidad y dependencia.

Por otro lado, las prestaciones no van en relación a los materiales y a los recursos económicos que se disponen. Es por ello que existen familias que no se pueden hacer cargo de los gastos que se derivan de las plazas residenciales mientras esperan una plaza concertada. Aún con la ayuda de la administración existe un cobro a los y las usuarios/as en función de sus ingresos. Sin embargo hay familias que optan de los cuidados en el entorno familiar por el tema económico.

Este hecho crea una carencia en la igualdad de oportunidades entre las personas para paliar las barreras técnicas y materiales que puedan necesitar. Sobre todo por la demora existente entre el reconocimiento del derecho a la prestación y el momento en el que se hace efectivo realmente. En el caso de las residencias este tiempo puede ser de meses, creando en las familias un sobregasto.

#### 5.1.4. Impacto psico-social

Si se atiende al reconocimiento que requieren las relaciones sociales para tratarse de un proceso inclusivo, se pueden especificar los fenómenos de: estigmatización, invisibilización y cosificación de las personas con discapacidad (Aparicio, 2016). Todos ellos parten de una no superación del modelo médico en la sociedad que conlleva cuestiones de opresión en forma de lo que Young (2000) denomina como imperialismo cultural, un suceso propio de situaciones en las que trata de imponerse una cultura o grupo social sobre otro.

En cuanto al fenómeno de la estigmatización, se puede afirmar que es el ejemplo más claro de este tipo de opresión. En este hecho, “se degrada el valor social de ciertas formas de autorrealización, producida en el horizonte de la tradición cultural. El daño que se produce al individuo (o al grupo) proviene de que sus capacidades y su modo de vida dejan de poseer importancia para la comunidad concreta en la que se integra” (Aparicio, 2016).

En tanto en cuanto la persona no se ve estimada en sus cualidades específicas deja de identificarse con ellas y sufre una pérdida en su autoestima, con el consiguiente daño a su identidad y al logro de la autorrealización. Las residencias deben hacer un trabajo riguroso que mitigue los síntomas de estas personas.

## 5. Recursos

Los recursos que se dan para personas con Discapacidad vienen dados por la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, constan de los siguientes:

- Pensión no contributiva (PNC) por invalidez
- Prestaciones económicas y sociales para personas con discapacidad
- Prestaciones familiares: (Asignación económica por hijo a cargo).
- Otras:
  1. Medidas fomento del empleo/ Adaptación del puesto de trabajo
  2. Adaptación de pruebas selectivas en el acceso al empleo público
  3. Jubilación anticipada
  4. Acceso a la vivienda de protección pública
  5. Subvenciones y/o ayudas de carácter individual/Tratamientos
  6. Rehabilitadores y de apoyo
  7. Recursos y apoyos educativos
  8. Beneficios fiscales

Por otro lado los recursos que marca la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y sus modificaciones posteriores determinan diferentes recursos en función del grado de discapacidad que se le ha concedido a la persona. Existen tres prestaciones económicas y cinco prestaciones de servicio.

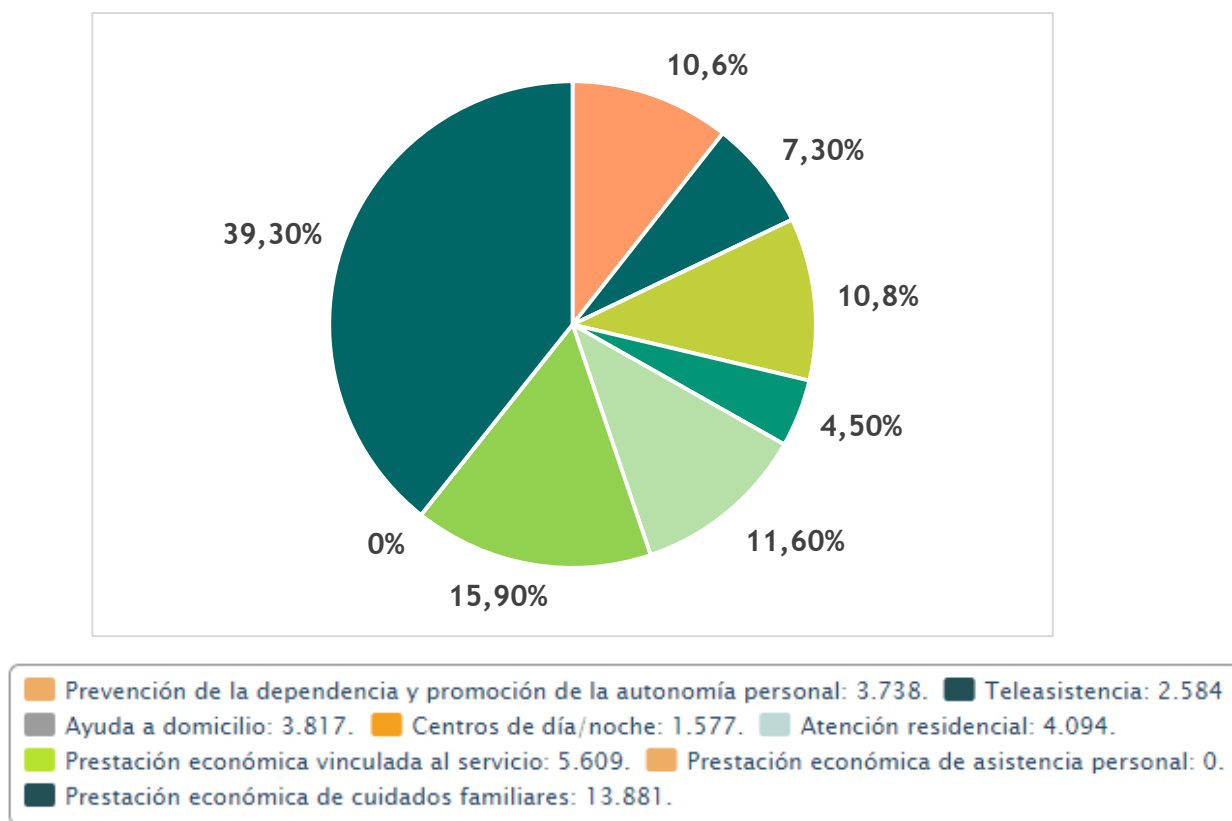
Las prestaciones de servicio son:

- Teleasistencia
- Promoción de la autonomía personal
- Ayuda a domicilio
- Centro de día/noche
- Centro
- Residencia

En cuanto a las prestaciones económicas encontramos:

- Prestación económica derivada del servicio.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores
- Prestación económica de asistencia personal

**Ilustración 7. Nº de personas que han recibido cada una de las prestaciones de dependencia 2019.**



Fuente: Fundación Caser. Extraído del Imsero

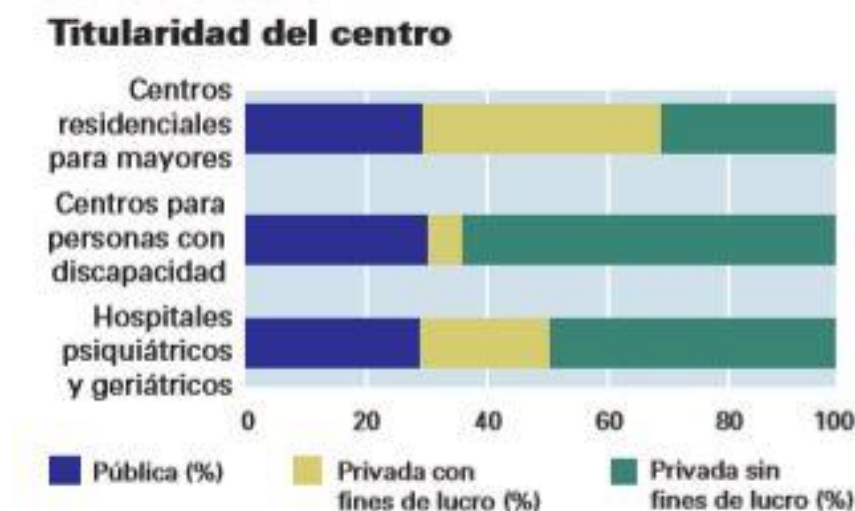
De todas estas prestaciones a las que pueden acceder las personas con discapacidad y/o dependencia, en el presente trabajo nos vamos a centrar en la prestación residencial. Como se puede observar en este gráfico circular para el año 2019, sólo 4.094 personas le ha sido concedida la prestación de residencia, esto representa un 11,6% del total de prestaciones concedidas. En datos del INE para 2017 el porcentaje era mayor, el 16% y a nivel estatal un 16,8%. En este sentido se puede decir que esta prestación se la conceden al mismo número de personas en todo el territorio. Hay que tener en cuenta que muchas de las concesiones dadas para el 2019 son a solicitudes presentadas en 2018, dado el retraso que se tiene en esto. Es por ello que se crea en Aragón el nuevo procedimiento para la solicitud y concesión de la dependencia y el PIA.

## 5.1. Residencias

Cuando se habla de residencias hay que atender al significado de esto. Una residencia es un centro donde por lo general, viven personas con discapacidad y/o dependencia para poder paliar las necesidades derivadas de las mismas. Se trata de un cuidado completo de los y las residentes, incluyendo servicios como enfermería, auxiliares sanitarios o trabajadores sociales, entre otros.

Las residencias en España tienen diferentes tipos de titularidad, es decir que las residencias pueden ser privadas (con y sin fines de lucro) y públicas. En este sentido se puede ver el porcentaje de las mismas que existe en el país en la siguiente gráfica.



**Ilustración 8. Tipo de titularidad de los centros residenciales**

En esta gráfica se puede observar que los centros para personas con discapacidad son en su mayoría de titularidad privada sin ánimo de lucro con más del 60% del total de centros que se dedican a este sector.

Si hacemos referencia a personas con discapacidad que residen en algún centro la cifra está en 269.139. “El 5,5% de los residentes con discapacidad tiene una o dos discapacidades.” (INE, 2009).

De todas las residencias que aparecen en los catálogos ofrecidos por el Gobierno de Aragón y tras revisar cada una de ellas, el número de residencias para personas con discapacidad intelectual y física es de 36. Aunque en el catálogo existan más, se ha reducido el número por no ser específicas de discapacidad, sino que únicamente cuentan con alguna plaza para este perfil de personas, lo cual no resulta relevante para la investigación. Estas residencias son:

#### **Huesca**

- Atades Huesca- Joaquín Costa
- Centro El Pilar
- Atades Huesca-C.O. Bajo Cinca
- Atades Huesca- Manuel Artero
- Viviendas tuteladas I-V
- Atades Huesca- Ignacio Claver
- Atades Huesca- Reina Sofía

#### **Teruel**

- ATADI- Kalathos
- Atadi- Adipa
- Atadi- Puerta del Mediterráneo
- ATADI- Residencia Estrella

- El Pinar
- Piso Tutelado Atadi- Independizados
- ATADI- ADIPCMi

**Zaragoza**

- Atades Zaragoza-Santo Ángel
- C.A.M.P.
- Casa Familiar Nuestra Señora de los Ángeles.
- Piso Asistido para personas con discapacidad
- Pisos Tutelados
- Residencia APAC
- Residencia Benito Ardid (Medios- Ligeros con CO)/(Profundos con CD)
- Residencia Educación y Atención especial María Soriano
- Residencia Integra Aragón (ATADES)
- Residencia Pomarón
- Residencia Viviendas Tuteladas Hogares CEDES
- Residencia y Centro de día FADEMA
- Vértice
- Atades-Zaragoza-Sonsoles
- Benito Ardid-Cariñena Residencia
- Benito Ardid-Caspe Residencia
- Centro Sierra Vicor- Asociación Grio
- ADISCIV- Centro de Día con U.O. y Residencia
- ADISVIV-Vivienda tutelada
- ADISPAZ, Centro Ocupacional, Centro de Día y Residencia
- Centro residencial L'Agua Salada y Piso de Asistidos
- Residencia y Centro de Día Fundación Virgen del Pueyo

## 6. Marco normativo de referencia

- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU (diciembre 2006). Ratificada por España en 2007. Y Protocolo facultativo.

Donde se regulan los derechos de las personas con discapacidad y el amparo en caso de abuso de los mismos por parte de terceros así como la obligatoriedad de los estados de proteger y promover dichos derechos.

- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.

Promover el derecho de las personas con discapacidad atendiendo a la dignidad que aparece en la constitución, y su especial protección atendiendo a las necesidades de cada uno de ellos intentando suplirlas.

- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

Establecer los varemos a aplicar por los órganos competentes en materia para valorar y resolver el grado de minusvalía de las personas que lo solicitan en todo el territorio español.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

El objeto de estudio de esta ley es promover una vida autónoma y en el caso de que no sea posible aplicar los servicios y/o prestaciones económicas correspondientes a cada una de las personas atendiendo al caso concreto. A parte de esta ley, existe una extensión el RD 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de dependencia establecido por la Ley 39/2006, donde se cambia, entre otras cosas, de 3 niveles con 2 subniveles cada uno a únicamente 3 niveles.

- Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.

Garantizar el acceso universal de las personas a los Servicios Sociales y a las prestaciones que en ella aparecen.

- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

En este decreto se establecen los nuevos criterios de valoración de la situación de dependencia.

- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Su objetivo es el de adaptar el Convenio sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU al territorio Español.

- Ley 11/2016, de 15 de diciembre, de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario

Regula la acción concertada entre las administraciones públicas y las entidades privadas en la provisión de servicios sanitarios y sociales dentro del territorio aragonés.

- Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas en

situación de dependencia y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio).

En este se regula el ordenamiento de las entidades para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, donde se encuentran enmarcadas las residencias, así como sus obligaciones y propuestas en cuanto a personal e instalaciones para el adecuado tratamiento de las personas con dependencia.

- Ley 5/2019, de 21 de marzo, de derechos y garantías de las personas con discapacidad en Aragón.

Esta Ley tiene como objeto principal promover, proteger y garantizar los derechos de las personas con discapacidad, así como de sus familias, de acuerdo con lo dispuesto en el Convenio de la ONU y adaptarlo a las necesidades de la población Aragonesa.

- ORDEN CDS/456/2019, de 17 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia de las personas y el acceso a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Se regula el procedimiento de la situación de dependencia en Aragón para acortar los tiempos de respuesta de la administración. En esta se regulan también los derechos de las personas que se encuentran en algún centro residencial y se ratifica su existencia tanto para personas con discapacidad como para personas en situación de dependencia.

## 7. Evaluación de los resultados.

En datos del informe del IMSERSO publicado en 2011 y basado en datos del año 2008,

“El 8,8% de la población aragonesa (113.108 personas) declara alguna discapacidad o limitación para actividades de la vida diaria; de ellos, 60.738 están en situación de dependencia (53,7%), es decir, precisan la ayuda de una tercera persona pues no pueden valerse por sí mismos. Además hay 14.451 personas que viven en centros residenciales, hospitales psiquiátricos, gerontológicos y otros centros para personas con discapacidad. De ellos, 13.121 han declarado tener alguna discapacidad, y de estos 11.330 son dependientes.” (Esparza, 2011)

En el caso que se centra el presente trabajo y siguiendo con el informe del IMSERSO las personas de entre 16 y 54 años representan el 26,3% de las personas en situación de dependencia. Esto teniendo en cuenta que más de la mitad de las personas en situación de dependencia son mayores de 65 años. Sin embargo estos datos no están actualizados por completo ya que se tratan de datos del año 2008.

Por otro lado esta cifra va en aumento con el paso de los años, esto quiere decir que actualmente el número de personas, la cuales presentan a la vez discapacidad y dependencia es mayor teniendo en cuenta el número de fallecimientos posibles en este periodo de tiempo.

A efectos prácticos de la investigación, vamos a operar con el dato de 2008, teniendo en cuenta que el dato ha variado en estos años, además de que esta cifra se remonta diez años atrás. Sin embargo, y dado que no existen datos más actualizados de esto, puede resultar un número representativo para poder analizarlo.

Si bien, en datos del Imsero y del IASS proporcionados vía e-mail, el número de casos donde se ha reconocido una discapacidad entre enero de 2012 hasta enero de 2019 es de 36.308, tal y como se ha mencionado en apartados anteriores. Hay que tener en cuenta que no todas las personas con discapacidad tienen a su vez dependencia. A efectos de evaluación esta cifra se puede reducir aproximadamente al 50% para poder obtener los casos en los que estas personas a su vez tienen dependencia, porcentaje aproximado en base a Esparza (2011), citado unos párrafos antes.

Una vez revisadas cada una de las residencias teniendo en cuenta las descartadas por no estar dedicadas a las personas con discapacidad sino a personas de la tercera edad, se ha contabilizado unas 1.837 plazas en total para todas las residencias de Aragón, lo que representaría que sólo un 13-15% de las personas con discapacidad se encuentran en residencia actualmente.

Durante la investigación se han mandado correo a todas las residencias que aparecen en los folletos del Gobierno de Aragón. De estas y revisadas una a una, dan un total de 36 residencias para personas con discapacidad en Aragón, de las cuales se han obtenido datos de 9. Esto representa un 25% del total de las residencias que se han intentado analizar. Sin embargo y teniendo en cuenta el total de plazas que se ofertan, el ratio de muestreo ha sido de 235 personas que residen en estas instituciones, lo que representa el 13%. Los datos obtenidos teniendo en cuenta las preguntas realizadas, cuatro, han sido 940.

La siguiente tabla muestra los resultados obtenidos en cada una de las residencias y divididos en función del grado de dependencia que tienen.

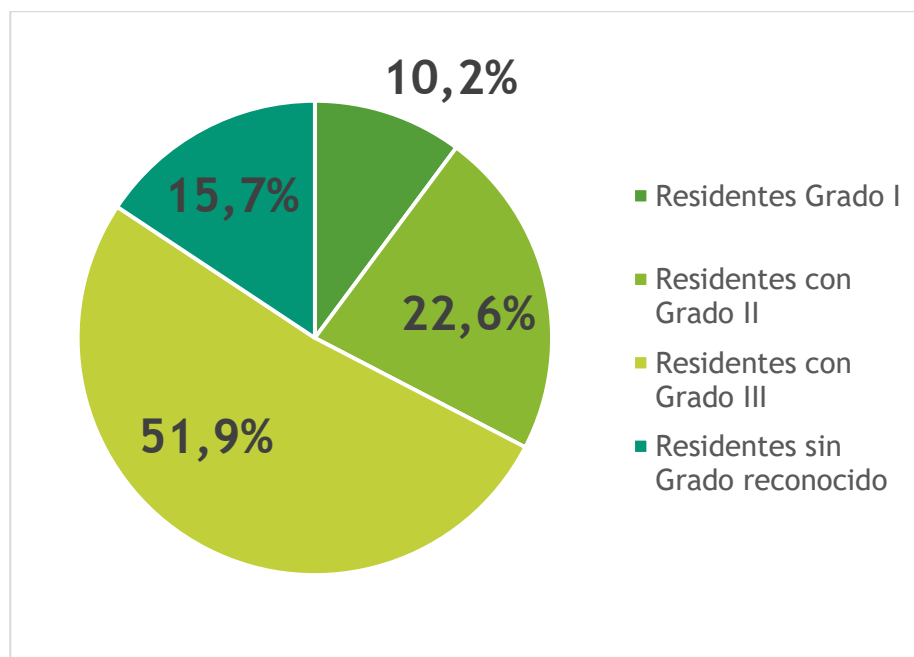
**Tabla 3. Número de personas en cada residencia en función del grado de dependencia**

Residencia	Total de plazas	Residentes Grado I	Residentes con Grado II	Residentes con Grado III	Residentes sin Grado reconocido
1	50	6	10	24	10
2	22	0	1	20	1
3	61	7	12	42	1
4	24	1	2	17	4
5	19	1	8	9	1
6	10	0	7	3	0
7	11	3	4	2	2
8	24	3	4	0	17
9	14	3	5	5	1
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>24</b>	<b>53</b>	<b>122</b>	<b>37</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos

Como se puede observar en la tabla, casi la mitad de las personas que son usuarias de las residencias de las cuales se han obtenido datos, tienen reconocida la dependencia con grado III, es decir, que son personas que necesitan de un apoyo constante para todas o la mayoría de las ADV. Por otro lado cabe destacar el gran número de personas que se encuentran en residencia pero que no tienen un grado de dependencia reconocido.

**Ilustración 9. Porcentaje de los y las residentes en función del grado**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos

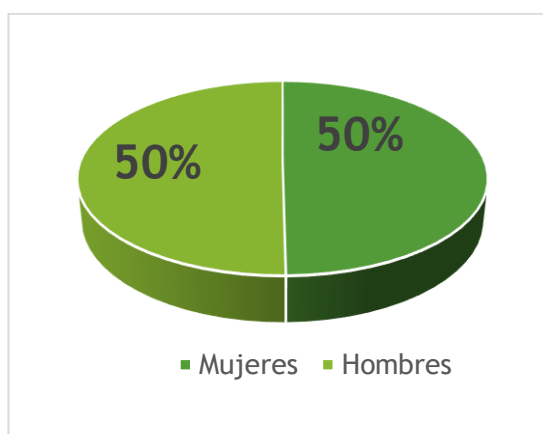
Analizando los datos obtenidos se ha encontrado que el 51,9% de los casos tienen dependencia grado III, el 18,4% sería a representación de los y las residentes con grado II y el 10,2% de grado I. Aun con esto existe un 15,7% de las personas que no han sido reconocidas con dependencia en el momento en el que se han recabado los datos y que en muchos de los casos se encuentran a la espera de una resolución. En

este sentido podemos decir que casi las tres cuartas partes de los y las residentes obtendrían una plaza de residencia por la vía de dependencia.

Teniendo en cuenta este dato, cabe la posibilidad de que la mitad de las personas que no se encuentran en residencia tengan reconocido un grado II o III de dependencia y que sean los familiares los que estén realizando las labores de cuidado de los mismos. Esta dato concuerda con las prestaciones que se reciben en Aragón donde, en datos de la Fundación Caser, el 39,3% de las prestaciones que se han dado en 2019 ha sido para la prestación económica de cuidados familiares. Esto además se puede vincular con el impacto de género que se ha mencionado en apartados anteriores del presente trabajo. El peso de los cuidados recae más fuertemente en el género femenino. Esta prestación además está vinculada también a la renta, por lo que se puede hacer referencia también al impacto económico que tienen las familias cuando se les presenta un momento de familiar en situación de dependencia a cargo y que la administración no llega a cubrir todos los gastos que se derivan de ello.

Analizando más en profundidad los datos obtenidos se pueden hacer varias observaciones en cuanto al sexo, edad y grado de las personas residentes y cruzando estas variables se explican las diferentes gráficas con su análisis de los mismos entre sí y con los datos de las fuentes secundarias.

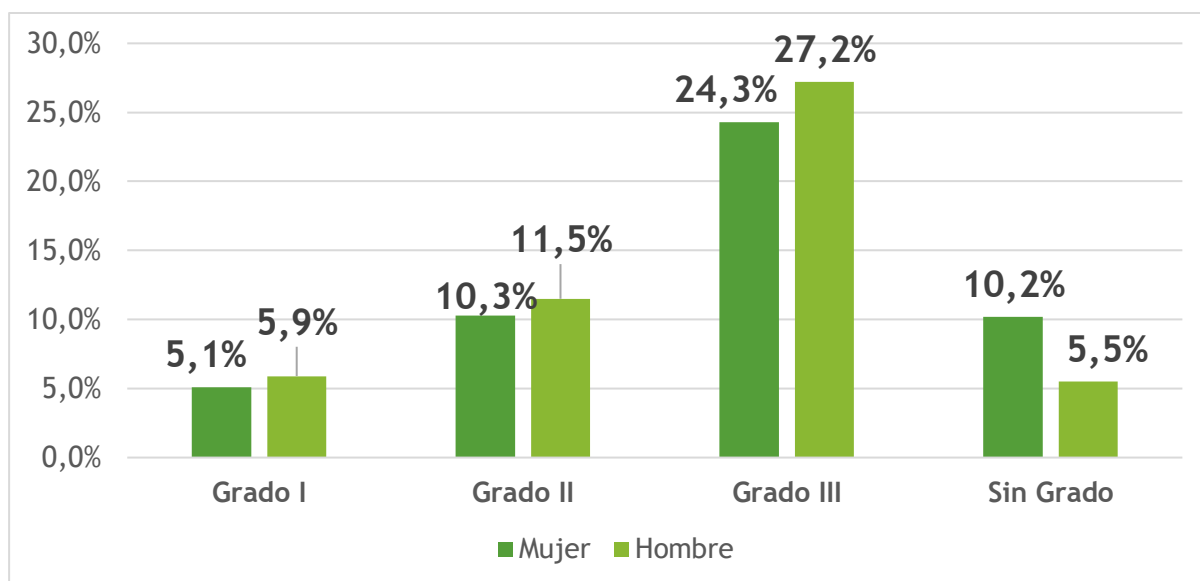
**Tabla 4. Número de hombres y mujeres en residencia**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos

117 mujeres y 118 hombres En el informe del IMSERSO el número de mujeres en situación de dependencia es mucho mayor al de hombres, sin embargo cuando se une al factor de discapacidad el número de hombres y mujeres es muy similar, tal y como se muestran en la gráfica. Sin embargo esta gráfica es sobre lo datos recabados en total. Cuando se hace referencia a menores 65 años, el número de hombres es mayor al de las mujeres. Aunque la diferencia no es notable en los datos recabados, hay que tener en cuenta que se trata de una muestra representativa, que no se han obtenido datos de todas y cada una de las residencias en Aragón. Este resultado contrasta fuertemente con los datos de Esparza (2011) y Jiménez (2018), donde las mujeres eran un número mayor tanto en dependencia como en discapacidad. Teniendo en cuenta que estos datos son de personas residentes en centros, el porcentaje de hombres y mujeres con ambas situación es igual.

**Ilustración 10. Número de residentes en función del sexo y grado de dependencia**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos

Tal y como se ha dicho anteriormente, el número de hombres es superior al de las mujeres. En esta tabla se muestran el número de hombres y mujeres en función del grado y tal y como se puede observar para cada uno de los grados el número de hombres es superior al de mujeres para todos ellos. Esta diferencia lo es notable para los datos obtenidos. Sin embargo hay que tener en cuenta que se trata de una muestra representativa.

Por otro lado, cabe destacar que ocurre todo lo contrario cuando hablamos de personas que no tienen reconocido el grado de dependencia. Como se puede ver en la gráfica, el número de mujeres en esta situación casi dobla al de los hombres.

En los datos obtenidos de los y las usuarios/as de residencias la edad media de los mismos es de 60 años, por otro lado si hacemos diferencia entre los hombres y las mujeres esta media de edad es de 59 y 66 años respectivamente. En este sentido se puede decir que los hombres, además de ser mayor número entran en residencias a una edad más temprana que las mujeres. Este dato puede deberse a algunas de las patologías nombradas anteriormente y que dan como resultado una discapacidad y dependencia.

**Ilustración 11. Media de edad de los y las residentes en función del sexo y grado de dependencia**

	Grado I	Grado II	Grado III
Mujer	64	69	67
Hombre	55	58	60
Total promedio	59,5	63,5	63,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos

Si analizamos la media de edad en función del grado y el sexo de los y las residentes podemos observar lo mismo que en la media total de edad en función del sexo mencionado antes. Las mujeres tienen una media de edad superior a la de los hombres para todos los grados de dependencia, y la diferencia de edades apenas varía en función del grado. Para el grado I y II la diferencia de edad es de 9 años, mientras que para el grado III la diferencia es de 7 años. Haciendo una valoración en conjunto de los dos sexos en



función del grado se puede observar en la tabla cómo la edad media es similar en los tres, siendo para el grado I de 59,5 años y para el grado II y III la misma media, 63,5 años. La diferencia entre los grados I con el II y III es de apenas 3 años, siendo ambos valores inferiores a 65 años, es decir, las personas con discapacidad y dependencia en que se encuentran en residencias, en su mayoría no son tercera edad, sino adultos, la mayoría de las personas de la tercera edad que se encuentran en éstas han cumplido los 65 residiendo en las mismas.

Este resultado reafirma lo expuesto en la fundamentación del presente trabajo. Cuando se unen ambas situaciones la edad media de estas personas es inferior a 65 años. Al contrario que si de diesen por separado.

Una vez analizados los datos extraídos sobre las residencias en temas de plazas y perfil de las personas usuarias de las mismas, se van a describir los diferentes servicios que tienen las mismas y que se dan en todas las residencias de Aragón.

## 7.1. Servicios de las Residencias

Los servicios que se dan en cada una de las residencias en Aragón son prácticamente los mismos. Tienen alguna diferencia que viene en función de los recursos de las mismas. Un ejemplo de esto es el servicio de transporte adaptado ya que no todas las residencias tiene la capacidad de tener y es necesario que sea externo, como el autobús para personas con movilidad reducida severa o el taxi adaptado. Los servicios comunes son los siguientes y en cada uno de ellos se evalúa la inferencia que tiene para los y las residentes en relación a lo comentado durante el presente trabajo:

### **Servicio de cuidado personal**

En este servicio se trata de cubrir las necesidades básicas de cada una de las personas que en ella residen. Se trata de ofrecer una atención continuada y lo más completa posible, además de personalizada para cada uno de los y las usuarios/as. Además se debe tener en cuenta que el/la residente tienen un papel fundamental en la institución y puedan tomar las decisiones oportunas respecto de sí mismos/as.

En este apartado hay que tener en cuenta el impacto de género en la profesión que se encarga de este servicio ya que en su mayoría son mujeres. Como ya se ha mencionado antes, esto es debido a la tradición y cultura puesto que es en la mujer donde recaen las profesiones vinculadas al cuidado.

### **Actividades grupales**

Las instituciones residenciales ofrecen diversos tipos de actividades dirigidas a sus residentes. Uno de estos tipos de actividades son las grupales. En éstas se trata de promover el vínculo social entre ellos a la vez que puedan socializar con el entorno social de la ciudad.

Este tipo de actividades ayudan a mitigar el impacto psicológico y el social, dado que además de lo mencionado, les ayuda a no permanecer tantas horas en el ámbito de la residencia. Lo que socialmente se conoce como “dar el aire”.

### **Servicio de psicología**

Este servicio tiene como objetivo primordial mitigar el deterioro cognitivo asociado en muchas ocasiones a las diferentes patologías y trastornos. Además es importante que cada una de las personas conozca la realidad de su patología o discapacidad para poder hacer frente al futuro que les pueda esperar.

Es en este punto donde entra en juego el impacto psicológico tanto de las personas con discapacidad como de las familias. Es importante también poder orientar a las mismas sobre la discapacidad de su familiar y de la evolución que puede sufrir y así poder asimilar mejor la situación.

#### **Servicio de fisioterapia**

Se trata de mitigar, mejorar y en algunos casos corregir el deterioro físico que se presenta con la discapacidad, sobre todo con la severa y algún tipo de patología más concreta como las mencionadas anteriormente. Además es importante para reducir el dolor derivado de algunas lesiones o del envejecimiento.

#### **Servicio de enfermería y médico**

Tanto en estas residencias como en las que están orientadas a la tercera edad, es importante que se mantengan los cuidados sanitarios correspondientes y personalizados a cada una de las personas residentes. Además la mayoría de estas personas tienen un tratamiento farmacológico que debe ser administrado y preparado por personas conocedoras del mismo. Además este servicio incluye el servicio de prevención y promoción de la salud.

#### **Servicio de trabajo social**

Este servicio tiene como objetivo ofrecer, favorecer, garantizar y mantener una calidad de vida buena a los y las usuarios/as. Este profesional trabaja de manera multidisciplinar con el resto de profesionales para conseguirlo. Además en la mayoría de las residencias son los encargados de la comunicación con las familias manteniéndoles al tanto de situación del usuario.

Por otro lado son los encargados de realizar las encuestas de satisfacción de los y las residentes y sus familiares para poder poner en conocimiento de los responsables máximos las quejas o sugerencias que se puedan realizar. También, por lo general organizan las actividades de ocio fuera de la institución y planifica los horarios de otras actividades o servicios a los que tienen acceso los y las residentes dentro de la misma.

#### **Servicio de terapia ocupacional**

Se trata de poder evaluar las capacidades sociales, motoras o sensoriales de cada uno de los y las usuarios/as de las instituciones. De esta manera se pueden orientar las actividades para la mejora de sus facultades en función de la evaluación. Se pueden realizar actividades individuales en función de las necesidades y grupales para aquellos factores comunes a los y las residentes. Se evalúa además la evolución de los mismos buscando además una participación activa por parte de ellos y ellas.

Con estas actividades se promueve la autonomía para el desarrollo de las ADV. El profesional favorece el aprendizaje tanto de diferentes estrategias como de habilidades aportando grandes beneficios en la calidad de vida.

Este punto también mitiga tanto el impacto psicológico como el social entre los miembros. El factor psicológico se favorece con el desarrollo de estas habilidades para las ADV.

#### **Ocio**

El programa de ocio es ofrecido a todos los y las usuarios/as de la residencia con el fin de proporcionar una vida social y psicológica más fuerte para ellos. Se pueden relacionar con otros miembros de la sociedad que no se encuentran inmersos en el entorno residencial. Es importante que en estas actividades se cuente con la aportación e ideas de las personas que van a participar.

Además de esto, resulta interesante ofrecer oferta de ocio personalizada que cubra con las necesidades individuales. En este sentido contar con un voluntariado constante es imprescindible ya que algunas de las ofertas de ocio concentradas en los fines de semana y festivos. Si bien es de mayor importancia que estas actividades las realicen con los familiares, fomentando de esta manera el vínculo existente entre ellos.

En este punto hay que decir que de las residencias de las que se han obtenido datos, son pocas las que ofrecen el ocio personalizado a cada uno de los y las usuarios/as. Estas actividades son esenciales para una mejor autoestima de los mismos y para una vida más activa y saludable tanto física como mentalmente tal y como se ha mencionado en apartados anteriores.

Si bien este tipo de actividades son pensadas por los equipos de estas instituciones y por lo general en consenso con los y las residentes y amoldadas a los perfiles de los mismos, pocas de ellas tienen una oferta de ocio que se acomoda a las necesidades y la demanda de cada uno de ellos. Esto quiere decir que sólo unas pocas ofrecen salidas individuales para cada usuario y les proporciona un voluntario que les acompañe. Por ejemplo en actividades de cine, teatro o cualquiera que sea la demanda del residente.

### **Servicio de logopedia**

El servicio profesional de logopedia es muy importante en la mayoría de las discapacidades y patologías ya que esta función puede verse afectada desde el principio de la misma o tener una evolución negativa, por lo que es imprescindible que se trabaje de manera continua este aspecto. La actuación se realiza en los diferentes niveles del lenguaje, voz y habla. Es otra manera de rehabilitación.

### **Servicio de podología**

Aunque a primera instancia no lo parezca, este servicio es muy importante tanto para el bienestar psicológico como el de salud de cada una de las personas residentes en estas instituciones.

Existen muchos problemas de salud vinculados a los pies, es por ello que es necesaria una revisión periódica de los mismos por un o una profesional. Este servicio cobra mayor importancia en aquellos casos donde la situación de los mismos no les permite andar, es decir que la vida la realiza en silla de ruedas.

### **Servicio de peluquería**

Este servicio se puede dar de forma regular cada cierto tiempo además de en ocasiones más especiales como son eventos. Este servicio mejora la autoestima y el bienestar psicológico de los y las residentes.

## 8. Conclusiones

- Sólo un 13-15% de las personas con discapacidad y dependencia se encuentran en instituciones residenciales lo que revela una carencia de las mismas. Dado que la mayoría de las residencias son de titularidad privada se considera necesario la ampliación de este número para que puedan albergar a todas las personas que tengan reconocido ese derecho ya que se debe primar el servicio a la prestación que en la realidad no se cumple.

- Existe un impacto de género aún muy arraigado dentro de la sociedad. Tanto a nivel de cuidadores no profesionales como profesionales la mayoría son mujeres. Además de que como se puede observar en las gráficas antes mostradas el 39,8% de las prestaciones recibidas son de carácter económico para cuidados en el entorno familiar. Esto implica que desde la administración no se realizan actuaciones que disminuyan esta realidad.

- Aunque los datos hacen referencia a las instituciones que han colaborado en el presente trabajo, hablando con algunas de ellas, han confirmado que las personas que tienen una valoración de la situación de dependencia grado III, en su mayoría tienen multidiscapacidad, lo que reafirma la hipótesis planteada.

- Tanto en dependencia como en discapacidad el sexo dominante es el de mujer, sin embargo una vez analizados los resultados de la investigación se puede afirmar que cuando se dan ambas situaciones a la vez el número de hombres y mujeres similar.

- En el caso de la edad si la situación dependencia o discapacidad se dan de manera separada la media de edad se sitúa por encima de los 65 años, sin embargo cuando se dan ambas situaciones a la vez la edad media se sitúa en torno a los 50-60 años. Este dato revela que las personas que se encuentran en residencias y en las que se dan ambas situaciones no forman parte de la tercera edad.

- De las personas en situación de dependencia y discapacidad que se encuentran en residencias, con los datos obtenidos durante la investigación, más de la mitad de ellos y ellas grado III.

- La oferta de ocio en las residencias es por lo general grupal. Sólo unas pocas de ellas ofrecen ocio enfocado a las necesidades y demanda de cada uno de ellos. Esta idea es sumamente importante tal y como se explica anteriormente ya que se trata de personas jóvenes y no de personas de tercera edad.

- El conjunto de todos los servicios que ofrecen las residencias ayudan a mitigar el impacto psicológico y social tanto de los y las residentes como de sus familias.

## 9. Bibliografía

- Aparicio, M. (2016). Estigmatización, invisibilización y cosificación de las personas con diversidad funcional: Una aproximación desde la justicia como reconocimiento de Axel Honneth. Revista Española de Discapacidad, Nº 1 (4), 177-190. En línea, recuperado el 1 de marzo de 2018 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5591705>.
- Arce Ibañez, M<sup>a</sup> Carmen. (2015). Atención grupal al cuidador. Revista Trabajo Social y Salud nº 80. Páginas 15-20.
- CIDDM-2 (Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad). (1999). Borrador Beta-2. Ginebra: OMS (Organización Mundial de la Salud). Disponible en: [http://www.insor.gov.co/descargar/ciddm\\_deficiencia\\_minusvalias.pdf](http://www.insor.gov.co/descargar/ciddm_deficiencia_minusvalias.pdf)
- Corea (enfermedad). (s.f.). En Wikipedia. Recuperado el 15 de Julio de 2019 de [https://es.wikipedia.org/wiki/Corea\\_\(enfermedad\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Corea_(enfermedad))
- Esparza Catalán, Cecilia (2011). "Discapacidad y dependencia en Aragón". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 111. [Fecha de publicación: 17/08/2011]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidadaragon-01.pdf>
- Facal, T. (2015). Guía para elaborar un proyecto de investigación social. Madrid: Paraninfo.
- Flórez, Á. J. (2012). Tipos de muestreo.
- Fominaya, Carlota.(30/05/2018). Crece un 44% el número de personas que desde 2012 han dejado el trabajo para cuidar a un familiar. ABC. Madrid. Disponible en: [http://www.abc.es/familia/padres-hijos/abci-crecen-44-por-ciento-personas-desde-2012-dejado-trabajo-para-cuidar-familiar-201805300221\\_noticia.html](http://www.abc.es/familia/padres-hijos/abci-crecen-44-por-ciento-personas-desde-2012-dejado-trabajo-para-cuidar-familiar-201805300221_noticia.html)
- Fundación Caser. (Julio de 2019). Autonomía y dependencia. Obtenido de Fundación Caser: <https://www.fundacioncaser.org/>
- García, J. R. (2009). Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Imsero.
- INE (2019). Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <https://www.ine.es/>
- Jiménez Lara, A. (2018). Informe Olivenza 2016, sobre la situación de la discapacidad en España. Disponible en: <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2019/04/OED-INFORME-OLIVENZA-2018.pdf>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
- Lidón, L. (2016). La discapacidad en el espejo y en el cristal: derechos humanos, discapacidad y toma de conciencia, artículo 8 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,

un camino previo por recorrer. Madrid: CERMI. Recuperado el 11 de marzo de 2018 de [http://www.fderechoydiscapacidad.es/wp-content/uploads/2016/12/Discap\\_espejo.pdf](http://www.fderechoydiscapacidad.es/wp-content/uploads/2016/12/Discap_espejo.pdf)

- Palacios, A. y Romañach, J. (2006). El modelo de la diversidad: La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. Madrid: Editorial Diversitas. Recuperado el 7 de marzo de 2018 de <https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/9899/diversidad.pdf;jsessionid=A8B50ABEFA0B95C5AB1BB1E03EE41834?sequence=1>
- Pérez Mora, Guillermo y Quintanilla López, Miguel Ángel. (2012). El tratamiento del cuidador del paciente con demencia: intervenciones basadas en la evidencia científica. Revista Trabajo Social y Salud nº 73. Páginas 171-179.
- Querejeta González, M. (2012). Discapacidad y Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Imserso.
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. Disponible en: <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/8da834eb-32e1-4cfb-945e-0eeeb2ce5fa1/RDto.1971.1999.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Red Sapdu (2017). Guía de adaptaciones en la universidad. Fundación ONCE. Disponible en: [http://ouad.unizar.es/sites/ouad.unizar.es/files/users/ouad/Guia%20de%20adaptaciones\\_DIGITAL.pdf](http://ouad.unizar.es/sites/ouad.unizar.es/files/users/ouad/Guia%20de%20adaptaciones_DIGITAL.pdf)
- Sarasola Sánchez-Serrano, José Luís y Mora Cárdenas, M<sup>a</sup> del Mar. (2014). Cuidador de Cuidadores. Revista Trabajo Social y Salud nº 79. Páginas 23-27.
- Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación (2018). Base estatal de datos de personas con valoración de grado de discapacidad. Informe 31/12/2016. Madrid, 4 de julio de 2018. Disponible en: [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/bdepcd\\_2016.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2016.pdf)